DES
LUXATIONS COMPLIQUÉES
DU COUDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Février 1906

PAR

M. Lucien SIGOT

Né à St-Nicolas-des-Biefs [Allier], le 11 mars 1879

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE CONSTANTINE (1904-1906)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUST. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson
1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
TRUC . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. N.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, Ag. libre

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. VEDEL	MM. SOUBEIRAN
RAYMOND	JEANBRAU	GUERIN
VIRES	POUJOL	GAGNIERE
	ARDIN-DELTEIL	GRYNFELTT Ed.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *président.*	JEANBRAU, *agrégé.*
FORGUE, *professeur.*	SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail. Mon souvenir attendri et reconnaissant va à eux en ce jour solennel qui eût pu être un jour de fête.

L. SIGOT.

A MES SŒURS, MES BEAUX-FRÈRES

Souvenir affectueux et reconnaissant.

A MA SŒURETTE MARCELLE

Tendre souvenir.

A MON FRÈRE GUSTAVE

INTERNE A L'HOPITAL CIVIL DE CONSTANTINE

J'adresse, arrivé au faîte du sentier rude à gravir, mes encouragements et mes souhaits affectueux.

A MA FEMME

La compagne dévouée des bons comme des mauvais jours.

L. SIGOT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

En vous disant, Monsieur le Professeur et cher Maître, quelle grande et respectueuse reconnaissance je vous ai vouée pour la bienveillante sympathie dont vous m'avez honoré, je m'aperçois que les mots rendent bien mal les pensées et ne peuvent que laisser deviner les sentiments. J'emporte, en vous quittant, le souvenir ineffaçable d'heures tristes où vous avez glissé un rayon de soleil.

L. SIGOT.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

A Monsieur le Professeur Agrégé JEANBRAU

A Monsieur le Professeur Agrégé SOUBEIRAN

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

Hommage respectueux et reconnaissant

L. SIGOT.

A mon Maitre a l'Hopital de Constantine

MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN

Mon Cher Maitre,

On a dit quelque part que les préfaces de Thèses étaient faites pour payer en monnaie commode les dettes de reconnaissance que l'on a contractées pendant ses études. A coup sûr, celui qui a dit cela n'était pas médecin.

Au moment où j'écris ces lignes que je voudrais voir exprimer tant de choses, les sentiments se pressent, débordent, les mots se heurtent, et je reste, la plume en suspens, à revivre mes deux années d'Internat avec le Maître bienveillant et éclairé que vous avez été pour moi. Les souvenirs m'assiègent, où je retrouve toujours votre philosophie un peu désabusée, mais si généreuse et qui m'a réconforté tant de fois.

Laissez-moi vous exprimer ici, mon cher Maître, ma gratitude profonde et vous renouveler l'hommage de l'attachement respectueusement dévoué que je vous porte.

L. SIGOT.

A TOUS MES MAITRES

DE L'HOPITAL CIVIL DE CONSTANTINE

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

LES DOCTEURS PASTOUR, FERRER, CAFFORT

Amical souvenir.

A MES AMIS DE FACULTÉ

et en particulier

AUX DOCTEURS MAZET, SERVIÈRES, SOULIER

Affectueux adieu.

A MES AMIS D'ALGÉRIE

L. SIGOT.

DES

LUXATIONS COMPLIQUÉES

DU COUDE

INTRODUCTION

En juin 1904, entrait à l'hôpital Suburbain, dans le service de notre maître, M. le professeur Estor, un enfant de six ans, porteur d'une luxation du coude compliquée de plaie par laquelle faisait issue l'extrémité inférieure de l'humérus.

Voici l'observation de ce malade.

Observation Première

Paul J..., de Viols-le-Fort, âgé de 6 ans. Entré le 6 juin 1904 dans le service de M. le professeur Estor. S'est gravement blessé la veille en tombant d'un âne.

Etat actuel, le 7 au matin. — Nous trouvons au niveau des deux tiers internes du pli du coude droit, l'extrémité inférieure de l'humérus sur une hauteur de 4 centimètres, qui fait hernie à travers une brèche transversale de la face antéro-postérieure du bras : cette brèche est presque aussi régulière que si elle avait été faite avec un instrument tranchant. L'extré-

mité inférieure de l'humérus est absolument intacte, pas la moindre esquille. Les ligaments latéraux de l'articulation ont été rompus au niveau de leurs points d'attache. Le cartilage articulaire, absolument intact, n'est altéré que dans sa coloration. Nous trouvons au niveau des points saillants de la trochlée, des taches brunes ou brun-rougeâtres. La partie non articulaire de l'humérus qui fait saillie à travers la brèche, est recouverte d'une couche rosée, formée par des débris musculaires en voie de bourgeonnement. L'épitrochlée et l'épicondyle sont libérés de leurs insertions musculaires, comme si on les avait débarrassés au moyen de la rugine. La main droite n'est pas cyanosée ni refroidie ; au niveau du poignet, on ne sent pas les battements de la radiale, ni ceux de la cubitale.



Anesthésie au chloroforme. Désinfection très complète de la peau, de l'extrémité inférieure de l'humérus, et de la cavité anfractueuse au niveau de laquelle l'humérus fait issue. En dernier lieu, on touche au phéno-salyl par la cavité et l'extrémité humérale.

En agrandissant de un ou deux centimètres, à droite et à gauche la brèche, et en exerçant des tractions sur la main, on arrive à réduire complètement.

Suture incomplète. Drainage.

Nous n'avons aperçu ni le nerf médian, ni l'artère.

Les pulsations n'étant perçues ni au niveau de la cubitale, ni au niveau de la radiale, il faut admettre que la circulation a été interrompue dans l'humérale au niveau de la plaie. Il ne

s'est fait dans la plaie aucune hémorragie : il est donc difficile d'admettre que l'artère ait été rompue. Il est plus probable qu'elle a été fortement contusionnée, et que, sous l'influence de la contusion, il s'est produit un caillot.

8 juin 1904. — Au niveau de la main, sensibilité absolument conservée : les doigts exécutent tous les mouvements. Les artères radiale et cubitale ne battent absolument pas. Pas de cyanose, pas de refroidissement de la main.

11 février 1906. — Le coude est ankylosé ; les mouvements d'extension impossibles et les mouvements de flexion limités. Les battements de la radiale ont reparu, on ne sent pas ceux de la cubitale.

En octobre 1905, entrait cette fois dans le service, un enfant atteint d'une luxation compliquée du coude en dedans et en arrière, avec une issue de l'épicondyle. (Voir obs. XII.)

Ces deux observations d'un accident relativement peu fréquent et assez impressionnant, les intéressantes remarques auxquelles elles donnèrent lieu de la part de notre maître, provoquèrent nos recherches sur cette complication rare des luxations du coude, et sur les conseils de M. le professeur Estor, nous avons fait de leur étude le sujet de notre thèse inaugurale.

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION

Les auteurs ne s'entendent pas toujours sur la signification précise de ce terme de *luxation compliquée*. La confusion est née de la classification des luxations de J.-L. Petit. « Les luxations sont dites simples, dit-il, si elles ne sont accompagnées d'aucunes maladies ni accidens fâcheux ; on les appelle composées, s'il se rencontre plusieurs os luxés, et si elles sont accompagnées d'apostèmes, playes, ulcères, fracture, douleur insupportable, fièvre, insomnie, convulsion, paralisie, on les nomme compliquées ».

L'expérience n'a pas maintenu cette dénomination de compliquées aux luxations s'accompagnant de douleur, fièvre, insomnie ; mais après J.-L. Petit, bon nombre d'auteurs l'appliquèrent indistinctement à toute luxation s'accompagnant de désordres aggravatifs locaux tels que fracture, lésion des parties molles, des téguments.

Astley Cooper réserva cette appellation aux seules luxations où l'articulation est exposée à l'air par plaie des téguments. Hamilton (1884) s'élève avec énergie, et non sans raison, nous semble-t-il, contre cette appellation restrictive qui prête à confusion, et il crée pour cette sorte de complication, le terme de luxation exposée. « Une luxation est dite exposée, écrit-il, lorsque l'extrémité articulaire de l'os déplacé a traversé les parties molles et la peau, ou lorsque une plaie produite par quelque

autre mécanisme, fait communiquer l'extérieur avec l'articulation. La dénomination de luxation compliquée est employée par certains auteurs pour désigner une variété absolument différente de la luxation exposée ou quelquefois une variété offrant des complications inaccoutumées. Ainsi une luxation non exposée peut se compliquer d'une fracture ou de la déchirure d'un vaisseau important : les mêmes complications peuvent se rencontrer dans une luxation exposée avec accompagnement probable de déchirures étendues, de destruction des téguments, des muscles, des nerfs, etc... ».

Cette dénomination n'a pas survécu. Nous le regrettons et continuerons alors de dire avec la plupart (1) des auteurs contemporains anglais, allemands et français, qu'une luxation compliquée du coude est celle où l'articulation se trouve, par rupture des téguments, en communication avec l'extérieur.

---

(1) Reclus (in-4°, Agrégés) n'accepte pas cette définition et dit « qu'une luxation est compliquée lorsqu'elle s'accompagne d'accidents « généraux ou de désordres locaux de nature à aggraver la lésion « principale, à retarder ou à compromettre la réduction et à nécessiter « un traitement spécial ».

CHAPITRE II

FREQUENCE

Relativement aux luxations simples, les luxations compliquées en général sont peu fréquentes, et parmi celles-ci, les luxations compliquées du coude n'y entrent que pour une faible part.

Astley Cooper peut en réunir 70 cas, se dénombrant ainsi :

45	pour le	cou-de-pied.
10	—	astragale.
4	—	cubitus au poignet.
4	—	pouce.
2	—	genou.
1	—	épaule.
1	—	coude.
1	—	radius et cubitus au poignet.
1	—	scaphoïde.
1	—	1er métatarsien.

Hamilton, dans son *Report on Dislocations, with special reference to their Results*, n'en trouve que 8 cas sur 166 luxations observées, et, sur ces 8 cas, il n'en note pas du coude.

Cependant Malgaigne, en 1855, avait pu en réunir 19 cas pour le coude, tout en avouant n'en avoir pas vu par lui-même. Nous-même n'avons pu, dans toute la littérature médicale, en

réunir que XXXI observations. On peut donc, avec Martin, considérer les luxations compliquées du coude comme *assez* exceptionnelles ; mais nous croyons que, tout en restant rares, elles sont plus fréquentes que ne le comportent les statistiques. Parmi les XXXI observations que nous rapportons, 6 seulement appartiennent à la fin du XVIII[e] siècle et au commencement du XIX[e] ; si l'on n'en trouve que peu de cas dans la littérature contemporaine, ce n'est pas qu'elles soient devenues tout à fait exceptionnelles, mais qu'elles n'offrent plus dans notre ère d'aseptie et d'antiseptie le même intérêt qu'autrefois où elles constituaient un accident redoutable et redouté et partant, les observations n'en sont plus publiées.

CHAPITRE III

PATHOGENIE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On peut diviser les luxations compliquées du coude d'après leur mécanisme causal en deux classes : luxations compliquées directes et indirectes.

1° Quand la solution de continuité des téguments est produite directement par une violence extérieure qui a déchiré les parties molles, qu'il y ait ou non issue d'une extrémité articulaire, la luxation est dite directe ;

2° Quand la solution de continuité des téguments est produite par une des extrémités osseuses qui a été chassée violemment hors de l'article, la luxation est dite indirecte. Elle n'est donc en somme qu'une luxation exagérée.

Observation II

(Bouley)

Luxation en dehors.

M. Bouley présente une luxation complète et en dehors de l'avant-bras sur le bras, avec fracture de la tubérosité externe de l'humérus. Cet accident avait été la suite d'une chute sur le coude du haut d'une échelle de vingt-huit pieds. Il existait une saillie très prononcée au côté interne du membre, pro-

duite par l'extrémité inférieure de l'humérus ; une large plaie au côté externe et postérieur du membre donna issue, d'abord, à une grande quantité de sang, puis à une suppuration abondante. Le malade s'étant refusé à l'amputation, mourut vingt-quatre jours après l'accident. A l'autopsie, on vit les ligaments latéraux de l'articulation du coude entièrement rompus, les deux os de l'avant-bras placés en dehors de l'extrémité inférieure de l'humérus, et le nerf cubital déchiré au niveau de la partie articulaire.

(*Bull. de la Soc. Anat.*, 1837).

Observation III

(Guerre)

Luxation en avant, incomplète.

Guerre, médecin divisionnaire de la province d'Oran, rapporte longuement l'observation d'une luxation incomplète du coude en avant, avec plaie de un centimètre de longueur au point de contact de l'humérus avec le cubitus, et fracture de l'olécrâne. Cause : une chute de dix mètres de hauteur sur des rochers. Réduction, mouvements suffisamment conservés.

Observation IV

(Gripat)

Luxation divergente.

Lésions traumatiques multiples, rupture du foie, épanchement sanguin intrapéritonéal, fracture du frontal, luxation sous-cotyloïdienne du fémur droit ; fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus gauche, luxation des deux os de l'avant-

bras isolément : décollement de l'épiphyse du radius des deux côtés. Mort la nuit suivante, autopsie.

Il s'agit d'un jeune garçon de 13 ans 1/2. F. A..., tombé d'un 3e étage le 22 mars 1872.

« La plaie du coude gauche communique avec la cavité articulaire par l'interstice des deux radiaux externes. D'autre part, l'apophyse coronoïde étant fracturée, le cubitus a été luxé en arrière ; il a chevauché presque directement en haut, sans grand déplacement angulaire. Le ligament latéral interne a été arraché à ses deux insertions et est resté uni à la masse épitrochléenne. La synoviale est rompue de ce côté : le ligament antérieur est rompu au niveau du cubitus. D'autre part, le ligament annulaire s'étant détaché du cubitus en arrière, il en est résulté que le radius a été chassé, en dehors et en avant, par l'humérus agissant comme un coin entre les deux os de l'avant-bras. Enfin, le ligament latéral externe, n'ayant plus de raison pour se rompre à son insertion supérieure, puisqu'il n'éprouvait en bas aucune résistance, est resté adhérent en haut à la masse musculaire, en bas et en dedans, par l'intermédiaire du ligament annulaire, à l'apophyse coronoïde fracturée, à une partie du ligament antérieur et au muscle brachial antérieur. Ainsi se trouve constitué un bourrelet fibreux, augmenté de débris musculaires, qui se trouve interposé entre le radius qui est en avant et en dehors, le cubitus en arrière et l'humérus en haut ; ce bourrelet constitue le plus grand obstacle à la réduction du radius, puisqu'il s'oppose constamment à ce que les surfaces articulaires se retrouvent en contact. Il faut, quand on a la pièce en main, prendre ce faisceau ligamenteux et le faire passer pas-dessus le radius repoussé en bas, puis en dehors de lui pour obtenir une réduction complète ».

(La lire *in-extenso* dans *Bullet. de la Soc. anat.*, 1872, t. 18.)

Observation V

(Boudant)

Luxation isolée du cubitus.

Malgaigne (*Traité des fractures et luxations*), rapporte sommairement cette observation de Boudant : luxation isolée du cubitus avec plaie au côté interne de l'article. Le blessé était tombé sur la paume de la main, mais le bras écarté du corps : le côté interne du coude au point qui correspond à l'apophyse coronoïde et à l'extrémité supérieure du cubitus, fut violemment contus et repoussé par une pierre volumineuse qui par hasard se trouvait là. Guérison.

Observation VI

(Morel-Lavallée)

Luxation en avant.

Pingaud rapporte succinctement l'observation de Morel-Lavallée, que nous n'avons pu nous procurer *in extenso*.

« Le malade dut être amputé quelques jours après l'accident, le passage d'une roue de voiture sur la partie antérieure du coude. A la vérité, il y avait en même temps une plaie pénétrante articulaire dans la région olécrânienne. A l'autopsie du membre, on reconnut qu'en outre d'une fracture transversale de l'olécrâne à sa base, la coronoïde était séparée de la face antérieure du cubitus, parallèlement à cette face, comme si elle en avait été décollée ».

Observation VII

(Richet)

Luxation en avant.

Richet aurait vu un cas de luxation compliquée directe en avant, avec en même temps fracture de l'olécrâne (Jaccoud, *Dictionnaire*, art. coude).

Observation VIII

(Sprengel)

Luxation incomplète en dehors.

Amanda J..., âgée de 7 ans, a fait, il y a cinq semaines, une chute sur le coude ; on a cru à une fracture et appliqué un appareil ouaté et plâtré. Quand on ouvre cet appareil, le 5 juin 1879, on constate que la pression de l'épitrochlée a produit une perforation de la peau. Il existe à la partie interne de l'articulation une ulcération bourgeonnante, de la dimension d'une pièce d'un franc, et par laquelle sortent non seulement l'épitrochlée, mais encore une partie de la surface articulaire.

A ce moment, toute tuméfaction ayant disparu au niveau du coude, on ne saurait conserver de doute sur la nature du traumatisme primitif : il s'agit d'une luxation incomplète en dehors. La tête du radius est située au-dessus de l'épicondyle, et on peut aisément reconnaître avec le doigt sa surface articulaire. Le cubitus est porté fortement en dehors, et la moitié externe de la cavité sigmoïde embrasse le condyle. Le

membre est en pronation et dans une position intermédiaire entre la flexion et l'extension.

Le 14 juin, c'est-à-dire six semaines après l'accident, la malade étant anesthésiée, la réduction est opérée sans difficulté. Pendant les manœuvres nécessaires, l'avant-bras est mis dans une forte abduction : dans cette position, la saillie de l'épitrochlée augmente et l'articulation s'ouvre largement. On peut alors constater avec certitude que les surfaces articulaires occupent bien la situation qui a été indiquée.

Appareil plâtré avec une fenêtre ; pansement antiseptique : l'articulation, que l'on a drainée par l'ulcération de la partie interne, fournit pendant neuf jours de la sérosité purulente ; à ce moment, la plaie était presque entièrement cicatrisée. On imprima ensuite à l'articulation des mouvements passifs de plus en plus étendus. Quand la malade quitta la clinique, le 18 juillet, on pouvait espérer que les fonctions du coude se rétabliraient presque absolument.

Observation IX

(Laugier)

Luxation en dedans.

Il y a dix-huit mois environ, un homme de 45 ans était entré à l'hôpital Beaujon, dans mon service, avec une luxation du coude, compliquée de l'issue de la surface articulaire de l'humérus à travers la peau, produite par la morsure d'un cheval furieux qui avait saisi et luxé l'avant-bras. Imbu à cette époque des mêmes principes de traitement, je tentai la conservation du membre. Après la réduction, je fis en arrière de l'humérus une contre-ouverture profonde jusqu'à l'os à travers le triceps, et je soumis le membre à l'irrigation tiède, puis aux cataplasmes. L'état du blessé fut parfait pendant

trois semaines, et je croyais l'avoir sauvé, lorsque les morsures donnèrent lieu à un abcès consécutif, qui lui-même fut suivi de phlébite et de *résorption* purulente. Toutefois cet exemple m'a prouvé l'utilité de la contre-ouverture.

(*Archives génér. de Médecine,* juin 1846.)

Observation X

(James Prior)

Luxation en avant.

Un homme de 34 ans était occupé à soulever un poids considérable avec un cric, lorsque la chaîne qui le soutenait se rompit subitement ; le tour se déroula aussitôt, le manche vint frapper avec violence le coude à la partie inférieure, et produisit une plaie si grave qu'il fut transporté immédiatement à l'hôpital naval. Examiné une heure après, il présentait l'état suivant : large plaie à la partie inférieure de l'articulation huméro-cubitale, accompagnée d'une désunion de toutes les parties musculaires, ligamenteuses et autres, excepté en avant. La tête du radius et le cubitus avaient été arrachés et portés en haut et en avant vers l'humérus ; les condyles de ce dernier os, et une partie de son corps, dans une étendue de deux pouces et demi à trois pouces, sortaient en arrière par la plaie et formaient presque un angle droit avec l'avant-bras. Cette portion de l'humérus était entièrement dénudée, comme si on l'eût raclée avec grand soin pendant plusieurs heures. Il n'y avait presque plus d'hémorragie ; des lambeaux musculaires pendaient hors de la plaie. Cette plaie était tellement grave que l'on fut sur le point de se ranger à l'opinion des assistants, qui penchaient pour l'opération immédiate. Cependant, avant d'y avoir recours, on voulut réduire la luxation, ce qui s'opéra assez facilement. Alors il fut facile de

reconnaître qu'il n'y avait aucune fracture, et que les vaisseaux et les nerfs du bras n'étaient nullement lésés. Cette dernière circonstance, jointe au refus du malade de se soumettre à l'opération, décidèrent l'auteur à tenter la conservation du membre. La peau fut rapprochée sans effort et sans employer de suture : une compresse imbibée de sang fut placée sur la peau ; le membre fut placé dans la demi-flexion et maintenu par une attelle. Dans la soirée, il eut quelques frissons ; dans la nuit il souffrit beaucoup de son membre, qui se gonfla et devint extrêmement chaud. Le surlendemain, la fièvre s'alluma ; en même temps le gonflement et la chaleur du membre malade avaient augmenté. Le sixième jour la plaie fournissait beaucoup de pus, et commençait à se couvrir de granulations ; le quatorzième jour, on ouvrit un abcès qui s'était formé au milieu de la hauteur du bras, sur le trajet de l'artère brachiale ; le dix-huitième jour, un autre abcès sur la tête du cubitus ; le vingtième jour, un autre abcès vers le milieu du radius. Malgré tous ces accidents, et malgré un accident bien plus grave, la sortie du condyle interne de l'humérus à travers la plaie, la guérison n'eut pas moins lieu. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que les surfaces articulaires ne se soudèrent pas. Peu à peu le malade parvint à se servir de son membre, et lorsqu'il sortit de l'hôpital, le 22 mars, trois mois et demi après l'accident, il pouvait porter un poids de sept livres, et il avait même soulevé un poids de treize livres. Il a repris depuis ses occupations, et le membre malade prend tous les jours de la force.

(*The Lancet*, décembre 1844.)

Observation XI

(Caussin)

Luxation en avant.

Pingaud dit qu'on peut rapprocher de l'observation de Prior le cas unique d'un enfant de 15 ans qui eut le bras pris dans un engrenage. (Caussin, Rouen.)

Si l'on jette les yeux sur le tableau ci-dessous, dressé d'après les observations précédentes, on peut voir que ces luxations compliquées directes se rencontrent surtout chez l'homme, tant chez l'adulte aux professions rudes exposant aux traumatismes, que chez l'enfant aux jeux bruyants et dangereux, et rarement chez la femme (une fois sur 10 d'après notre statistique).

Tableau

Luxations compliquées directes

VARIÉTÉ	NOMBRE	SEXE	AGE	CAUSE	TRAITEMENT	RÉSULTAT
r. incompl.						
r. complète						
h. incompl.	1	Fem.	7 ans	chute, plaie secondaire à escarre	réduction	Mouvements conservés
h. complète	1	Masc.	?	chute	pas accepté amputation	Mort
en dedans	1	Masc.	45 ans	morsure de cheval	réduction	Mort
nt incompl.	1	Masc.	37 ans	chute	réduction	M[ts] conservés
nt complète	4	Masc.	?	?	?	?
		Masc.		Pris sous une roue de voiture.	amputation	Guérison
		Masc.	34 ans	Violente contusion par le manche d'un cric.	réduction	Guérison ?
		Masc.	15 ans	Pris dans un engren.	?	?
du cubitus	1	Masc.	?	chute le bras écarté	réduction	Guérison (?)
e du radius						
ivergente	1	Masc.	13 a. 1/2	chute		Mort par lés. internes peu après l'accid.

On peut voir aussi qu'elles se rencontrent dans toutes les variétés (sauf dans les luxations en arrière, si habituelles pourtant), avec plus de fréquence cependant dans la variété en avant qui en compte 5 sur 10, sans qu'on puisse, croyons-nous, en tirer une conclusion quelconque, si ce n'est qu'étant donnée la rareté de cette luxation relativement aux autres variétés, les observations en ont été conservées plus soigneusement.

Le mécanisme de ces luxations n'offre rien de particulier : il est le même que dans les luxations simples. La plaie articulaire, de siège et de nature variables, est produite tantôt par la chute sur un sol plus ou moins accidenté (chute sur les rochers, sur « une grosse pierre qui par hasard se trouvait là... »), tantôt par un instrument vulnérant qui traumatise directement l'articulation (manche d'un cric, morsure de cheval), permettant quelquefois l'issue d'un os (Prior, Laugier) ; dans un cas enfin, elle est secondaire, due à la chute d'une escarre après la pose d'un appareil plâtré (Sprengel).

Les causes en peuvent donc varier à l'infini, mais être ramenées toutes à la même formule de contusion directe.

Les désordres y sont en général moins considérables que dans les luxations indirectes. Les lésions portent : sur les extrémités osseuses articulaires qui subissent des déplacements variables suivant le degré de la luxation, c'est-à-dire suivant la violence du traumatisme efficient, et, subordonnées à ces déplacements osseux, sur la capsule, les ligaments, les muscles, vaisseaux et nerfs.

Les classiques disent que le chevauchement des os, leur degré d'ascension, est subordonné à l'état de lacération plus ou moins grand de la capsule articulaire et des ligaments. Nous ne pouvons admettre semblable mécanisme. Le traumatisme en effet ne peut s'exercer efficacement sur l'article, nous semble-t-il, que par l'intermédiaire des parties dures, les os (nous faisons abstraction, bien entendu, des blessures par instrument

tranchant portant directement sur la capsule et les ligaments). Le premier temps de la luxation est donc une perte de contact des extrémités articulaires par distension de la capsule et des ligaments ; le traumatisme se poursuit, ligaments et capsule cèdent, se déchirent, s'arrachent et ne continueront à se déchirer qu'autant que le traumatisme se poursuivra, c'est-à-dire tant que les os, obéissant à l'impulsion qui leur est fournie, continueront leur mouvement ascensionnel ou divergent.

Le plus souvent, dans ces luxations compliquées directes, le déplacement ne diffère pas de celui qui existe dans les luxations simples, et le désordre des parties molles y est le même : déchirure de la capsule, arrachement ligamenteux, contusion, éraillement musculaires. On ne signale aucune lésion des vaisseaux, une seule fois le nerf cubital a été rompu (Bouley). Cependant, quand le traumatisme a été considérable, le déplacement peut être tel qu'une extrémité osseuse se fait jour à travers les muscles jusqu'à la brèche faite aux téguments et fait hernie à l'extérieur (Laugier, Caussin, Prior).

Dans l'observation de Prior, par exemple, observation qui a servi à éclaircir l'histoire des luxations en avant à l'époque où elles n'étaient déclarées possibles qu'avec fracture concomitante de l'olécrâne, c'est l'extrémité inférieure de l'humérus qui fait issue en arrière. On ne peut bien concevoir le mécanisme de cette luxation (voir obs. XI), qu'en admettant qu'au moment où le manche du tour vint heurter aussi violemment l'olécrâne, l'avant-bras était en flexion sur le bras. L'olécrâne bascule alors autour de la coronoïde, la distension extrême que subissent le ligament postérieur et le triceps les fait céder à leurs points d'insertion ; puis les ligaments latéraux cèdent à leur tour : alors radius et cubitus sont portés en avant et en haut, pendant que l'humérus, exécutant le mouvement contraire, s'abaisse en arrière, rompt le triceps, et sentant un endroit de moindre résistance, s'engage avec force dans la brè-

che faite aux téguments, « formant presque un angle droit avec l'avant-bras », ce qui précise parfaitement l'état de flexion dans lequel a été surprise l'articulation. Ce mécanisme que nous venons d'indiquer est donc le même que celui qui produit la luxation en avant dans une chute sur le coude.

Il faut noter enfin dans cette observation l'aspect de la portion d'humérus herniée « entièrement dénudée comme si on l'eût râclée avec grand soin pendant plusieurs heures ». Semblable remarque est faite dans notre observation première, mais pour les surfaces articulaires seulement : « L'épicondyle et l'épitrochlée sont libérés de leurs insertions musculaires comme si on les en avait débarrassés au moyen de la rugine ». Cette rugination naturelle atteste de la violence du traumatisme, qui a désinséré nettement et totalement toute fibre musculaire, rugination complétée par les lèvres de la plaie trop étroite au moment du passage brutal de l'épiphyse.

2° Luxations compliquées indirectes

Elles sont le fait d'un violent traumatisme et s'accompagnent de désordres plus considérables : ils sont portés au maximum dans les luxations en arrière, où l'extrémité humérale, pour se faire jour à la partie antérieure de l'articulation du coude, doit rencontrer le paquet vasculo-nerveux, mais ils restent assez limités dans les autres variétés de luxations, comme on peut s'en rendre compte par la lecture des observations suivantes.

Observation XII

(Inédite)

Luxation compliquée en dedans et en arrière.

Léon S.-L..., 13 ans et demi, né à Saint-Georges-d'Orques, entré à l'hôpital le 14 octobre 1905, dans le service de M. le professeur Estor.

Le 13 octobre, à 5 heures du soir, est tombé de cheval ; dans sa chute, s'est gravement blessé au coude gauche.

Le 14 octobre, anesthésie.

L'olécrâne est fortement rejeté en dedans ; l'épicondyle est tellement rejeté en dehors qu'il a perforé les téguments. Les surfaces articulaires paraissent avoir perdu tout contact ; non seulement l'avant-bras a été porté en dedans, mais aussi en arrière : ce serait donc une luxation complète et compliquée du coude en dedans et en arrière. Il est probable qu'il y a eu en même temps arrachement osseux, mais nous ne trouvons pas de fracture ayant intéressé une portion notable de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Réduction, immobilisation en flexion.

Le 24 octobre 1905. — Plaie cicatrisée, les mouvements se font convenablement.

Le 28 octobre 1905. — Examen radiographique. On trouve une fracture de l'extrémité inférieure sans déplacement, avec un engrènement des fragments.

Le trait de fracture va de haut en bas et de dehors en dedans : il commence à deux travers de doigt au-dessus de l'épycondyle, et se termine à la partie externe de la trochlée.

Observation XIII

(Hublier)

Luxation compliquée en dedans et en arrière.

Le malade d'Hublier a fait une chute de cheval, le coude a porté sur une pierre. Plaie produite par l'humérus. Meurt de résorption purulente.

Nous n'avons pu nous procurer la *Gazette des Hôpitaux*. 1836. qui renferme cette observation).

Observation XIV

(Laugier)

Luxation compliquée en dedans.

Petit Eugène, âgé de 14 ans, apprenti serrurier, tomba, le 24 novembre 1845, d'un premier étage et se luxa le coude gauche en dedans. La surface articulaire de l'humérus sortait en dehors à travers une plaie de 5 centimètres. Il s'était, en outre, fracturé l'extrémité inférieure du radius, ce qui fait supposer qu'il est tombé sur la main, circonstance que le blessé ne se rappelle point. Un médecin appelé pour donner les premiers secours, réduit la luxation avec facilité ; et lorsque Petit arrive à l'hôpital Beaujon, le condyle externe de l'humérus fait seul saillie à travers la peau déchirée. Je tentai la conservation du membre, en annonçant que l'inflammation suppurative aurait pour siège le côté externe et inférieur du bras.

Sangsues, irrigations d'eau tiède, plus tard cataplasmes.

Dès le 29, cinq jours après l'accident, la suppuration s'accumule au-dessus du condyle interne de l'humérus, et des

pressions convenables répétées matin et soir expulsent le pus qui, pour sortir de la plaie, passe au-devant de l'articulation. L'état général continue à être bon. Le 10 décembre, l'abcès semble tourner vers le côté postérieur et externe de l'humérus : mais la pression suffit encore pour l'expulser, et on évite ainsi par la connaissance précise de la position de l'abcès, la nécessité de faire une contre-ouverture. On soutient les forces par une alimentation suffisante (2 portions). Le 18 décembre, le liquide qui sort par la pression exercée, est filant et transparent comme la synovie. La pression de la partie supérieure et interne de l'avant-bras fait sortir une petite quantité de suppuration. Bientôt la réunion des parois de ces foyers a lieu. Le membre est placé dans un appareil inamovible fenêtré, et la guérison est obtenue dans le courant de janvier 1846 avec des mouvements de flexion assez étendus.

(*Archives génér. de Médecine*, 1846.)

Observation XV

(Samuel White)

Luxation compliquée du cubitus en arrière et du radius en dehors.

William Dowson, 13 ans, entra à l'hôpital de Guy le 5 novembre 1822, pour une luxation compliquée du coude produite par le versement d'une voiture où il se trouvait et qui avait porté avec violence sur le coude gauche. Les condyles de l'humérus sortaient à travers la peau, à la partie interne de l'articulation ; la trochlée humérale était complètement à nu : le cubitus était luxé en arrière et le radius en dehors ; les ligaments latéraux et la capsule étaient rompus ; les parties molles qui entourent l'articulation étaient largement déchirées, mais l'artère brachiale et le nerf médian étaient par-

faitement intacts. La réduction fut facilement opérée par le procédé suivant : l'humérus étant saisi fortement au-dessus de ses condyles, et solidement fixé, on pratiqua l'extension graduelle de l'avant-bras en lui conservant l'attitude dans laquelle il fut trouvé (il était fléchi à angle droit). Les parties reprirent leur situation normale, mais par un léger mouvement de l'avant-bras, le déplacement se produisit ; la réduction fut effectuée de nouveau de la même manière, et les os immobilisés à l'aide d'un appareil. La guérison ne laissa rien à désirer.

(Rapportée par Pingaud, art. Coude, *in Dict. Dechambre.*)

Comme on le voit, ces luxations se sont toutes produites chez des enfants (de 13 à 14 ans) ; on verra s'affirmer cette fréquence dans les observations qui vont suivre, et qui se rapportent toutes à des luxations en arrière.

Il n'est pas besoin de dire la raison du grand nombre de ces luxations compliquées indirectes en arrière comparativement aux autres variétés ; on sait qu'à l'état simple elles sont de beaucoup les plus fréquentes de toutes les luxations du coude : or, si l'on se souvient qu'une luxation compliquée indirecte n'est autre chose que l'exagération d'une luxation simple, on comprendra aisément la prédominance des complications dans cette variété. C'est ainsi que l'on en compte 17 sur 21 dans notre statistique ; presque toujours (10 fois sur 11) causées par une chute (chute d'âne, de cheval, chute « sur elle-même d'une dame qui étoit fort grasse et pesante... »). Les auteurs ne rapportent pas l'attitude du membre blessé au moment de la chute, les victimes étant le plus souvent incapables de donner une indication précise ; mais on admet aujourd'hui avec Pingaud, qui a fait justice de l'opinion erronée de Malgaigne, déclarant que ces luxations se produisaient le plus sou-

vent dans la flexion, qu'elles sont dues au contraire, dans l'immense majorité des cas, à une chute sur la paume de la main, l'avant-bras étant en hypertension sur le bras, mouvement qui est d'ailleurs un mouvement instinctif de protection. Chez le malade dont P. Delbet conte brièvement l'histoire (v. obs. XXXI), le mécanisme est différent. Le blessé a eu le bras pris dans les rayons de la roue de sa voiture, et la violence a porté directement sur la face postérieure de l'humérus et l'a propulsé hors de l'article.

La luxation se produit suivant le mécanisme habituel : mouvement de latéralité qui déchire le ligament latéral interne, torsion permettant au crochet coronoïdien de contourner l'humérus qui, violemment chassé, se fait jour à travers les téguments. Dans notre observation inédite (v. obs. I), quatre centimètres sortaient à travers la brèche, chez le malade de M. A. Petit, 3 pouces, le tiers chez la jeune fille de Frera, enfin Wainmann l'a vu « enfoncé profondément dans le sol » et J.-L. Petit appuyé sur le parquet.

Deux observations seulement, celle de Prior (v. luxations directes) et la nôtre (obs. I), donnent quelques détails sur l'aspect de cette épiphyse humérale herniée. Nous avons déjà dit pourquoi elle était aussi nettement débarrassée de toute insertion musculaire ; chez notre petit malade, on voyait en outre des taches brun-rougeâtres au niveau des points saillants de la trochlée : il s'agissait là très certainement d'ecchymoses par rupture de petits vaisseaux sous-périostiques.

La déchirure des téguments par laquelle fait issue cette extrémité humérale, est nette, régulière, « comme si elle avait été faite par un instrument tranchant », produite le plus souvent par la trochlée. Dans l'observation de Morestin, elle était à bords amincis, « mais assez réguliers » ; mais il faut remarquer que l'extrémité humérale ne faisait pas hernie, mais affleurait juste à la plaie, et par conséquent avait frappé avec

moins de violence. Elle est quelquefois large (5 centimètres, Laugier), mais le plus souvent étroite, étranglant l'os hernié, dit Malgaigne : dans notre cas, il a fallu l'agrandir de 1 à 2 centimètres à droite et à gauche pour pouvoir réduire.

Quel est maintenant l'état des muscles, quelle dilacération, quels arrachements n'a pas dû faire cette extrémité articulaire humérale pour se forcer un passage jusqu'au dehors et se libérer de ses attaches ? C'est surtout de ses insertions postérieures que l'humérus est entièrement dépouillé, et ce fait n'avait pas échappé à Laugier, qui en avait tiré cette loi : « Dans la production des accidents primitifs ou consécutifs et souvent mortels de ces lésions traumatiques, les désordres des parties situées du côté opposé à celui vers lequel l'os porte son déplacement, presque inaperçus d'abord, jouent le premier rôle ».

Nous ne pouvons aujourd'hui admettre pareille opinion : les lésions de l'humérale, du médian, nous paraissent d'une autre importance que la formation possible et presque toujours évitable d'abcès dans cette cavité postérieure formée par le déchirement des parties molles ; mais si l'on songe combien, à cette époque, étaient fréquentes et redoutables les complications septiques, alors que tant de blessés mouraient de « résorption purulente », on comprendra toute l'importance que Laugier attachait à la connaissance de cette notion anatomo-pathologique des luxations compliquées du coude.

En avant, le plastron musculaire formé par le biceps et le coraco-brachial est aussi très éprouvé : Cruveiller dut couper la portion de un centimètre du biceps qui sortait par la plaie ; mais le plus souvent ce muscle biceps se relâche sous le choc, glisse sur la poulie humérale, se dérobe, est intact ou peu endommagé.

Ce même mécanisme va nous permettre de comprendre pourquoi, alors que leur blessure apparaît inéluctable on ne trouve pas constamment des lésions de l'artère humérale ni du nerf

médian. Sur les 17 cas de luxation compliquée en arrière qui suivent, nous ne trouvons en effet que 7 fois des lésions de l'artère humérale, et une fois seulement la rupture du nerf médian.

Observation XVI

(J.-L. Petit)

Luxation compliquée en arrière.

« Une dame qui étoit fort grasse et pesante tomba dans sa chambre sur la main droite, l'avant-bras étant étendu. Le poids du corps se trouva supérieur à la résistance de l'articulation du coude et la força de plier dans le sens de l'extension. La partie inférieure de l'humérus rompit le biceps et le brachial interne, dont les bouts sortirent à travers la peau ; l'os du bras passa lui-même par la playe, et appuya sur le parquet : l'olécrâne remonta de plus de quatre travers de doigt, derrière l'humérus sous la peau. On fit les extensions et la réduction avec facilité ; la portion du biceps qui sortoit par la playe, de la longueur d'un pouce, ne put être replacée ; il falut la couper. On plia l'avant-bras ; les lèvres de la playe se trouvèrent dans le pli. Cette situation, qui fut favorable à la réünion, ne le fut pas moins à la luxation : l'une et l'autre guérirent en six semaines : et ce qui mérite d'être remarqué, il n'y eut point d'anchylose. Malgré la rupture complète de tous les ligaments, la malade n'eut d'autre incommodité que celle de ne pouvoir étendre entièrement l'avant-bras ; et cette diminution dans le mouvement d'extension, fut seulement proportionnée au raccourcissement des muscles fléchisseurs. »

(J.-L. Petit, *Traité des maladies des os*, t. I.)

Observation XVII

(M.-A. Petit)

Luxation compliquée en arrière.

Le jeune fils Morenne eut aussi le bras déchiré dans une chute qu'il fit au jardin d'Idalie ; l'extrémité inférieure de l'humérus sortait à travers les chairs meurtries, dans une étendue de trois pouces. Je la réduisis : la guérison fut prompte ; et cet aimable enfant, rendu à une veuve désolée, la fera jouir encore longtemps du doux titre de mère.

(M. A. Petit, *Essai sur la médecine du cœur*.)

Observation XVIII

(Wainmann)

Luxation compliquée en arrière.

Park (dans son *Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement des affections du genou*), cite un cas où l'humérus, sorti à travers les téguments, était profondément enfoncé dans le sol. Wainmann réséqua l'extrémité herniée, et le malade guérit avec tous les mouvements conservés.

Observation XIX

(B. Bell)

Luxation compliquée en arrière.

Benjamin Bell rapporte le fait d'une résection de l'olécrâne dans une luxation en arrière. L'olécrâne était sortie par une

plaie des téguments et il paraît que le sujet conserva son membre.

(Malgaigne, *Traité des fractures et luxations.*)

Observation XX

(Antonino Frera)

Luxation compliquée en arrière.

En septembre 1833, une jeune fille de 12 ans, cueillant des figues tomba de l'arbre de la hauteur d'environ douze pieds, et resta presque à moitié morte. A peine eut-elle repris ses sens et ses forces qu'on la ramena chez elle, et elle me fut amenée vers le soir. Je trouvai l'extrémité inférieure de l'humérus droit sortie à travers la peau d'environ un tiers de sa longueur, et les deux os de l'avant-bras chevauchant sur l'humérus en arrière, avec lacération des parties molles et hémorragie.

Considérant l'importance de ce cas qui s'offrait pour la première fois dans ma pratique, attendu aussi l'exquise sensibilité de la malade qui ne voulait pas permettre qu'on touchât à son bras, je fus forcé de me contenter de réduire les os, de rapprocher les parties molles, de contenir le tout avec de simples bandes et de remettre au lendemain toute autre opération. Le lendemain matin, le bras et l'avant-bras étaient très gonflés et engorgés ; je fis une légère saignée, je relâchai quelques tours de bandes, en attendant le développement ultérieur des symptômes. Je recommandai cependant des lotions résolutives sur les parties. Dans l'après-midi, le membre était livide, gonflé, sans chaleur, froid comme marbre, pesant, recouvert de phlyctènes contenant une sérosité jaunâtre, spécialement dans les environs de la plaie ; la fièvre s'était développée avec une chaleur ardente, du délire et une soif inextinguible.

Dans un état aussi alarmant pour la vie de la malade, voyant que les parties molles lacérées et contuses n'avaient pu être exactement remises en place, et que les os exerçaient sur les vaisseaux une sorte de pression qui les étranglait et interceptait la circulation, je pensai que la meilleure indication à remplir pour le moment était de luxer de nouveau les os et de disposer l'extrémité de l'humérus de manière qu'elle n'exerçât aucune pression sur les parties molles. Ceci étant fait, je prescrivis des boissons acidulées, des applications résolutives et quelques lotions à peine tièdes sur le bras et l'avant-bras, déterminé à recourir à l'amputation dès que j'en reconnaîtrais la nécessité.

Le jour suivant, le membre parut détuméfié, il avait repris de la chaleur et en plusieurs points sa couleur naturelle ; et satisfait d'une amélioration aussi notable, je m'en fiai au temps. Les choses allèrent ainsi jusqu'au sixième jour ; seulement la surface de la plaie se montrait comme mortifiée, rigide, sans écoulement de matière, et fort douloureux ; l'os sorti à travers la plaie était noir.

Trois partis s'ôffraient à ma pensée : soit de temporiser encore, soit d'en venir à l'amputation du bras, ou enfin de retrancher la portion d'os déjà nécrosée. Les deux derniers me parurent pour le moment trop périlleux, et je préférai attendre que la suppuration fût établie et eût mieux fixé les limites du mal. Une très grave fièvre s'éleva dans la nuit du septième jour, avec délire et soubresauts des tendons ; mais elle se termina par d'abondantes sueurs, et la plaie commença à suppurer. Les 9e, 10e et 11e jours, il s'en sépara des lambeaux de tissu cellulaire et de ligaments, que je resçisai pour nettoyer la plaie, et une suppuration régulière s'y établit.

Vers le 21e jour, voyant l'extrémité de l'humérus de plus en plus dénudée et nécrosée, je crus opportun de la retrancher, afin qu'elle n'agît plus comme corps étranger faisant obsta-

cle à la cicatrisation de la plaie. Avec des tenailles incisives je commençai par en séparer les condyles, puis j'en enlevai couche par couche tout ce qui me parut complètement mortifié, attendant que les progrès de la nécrose m'obligeassent à une résection plus considérable. A ma grande surprise, je reconnus vers le 30e jour que l'os conservait sa couleur normale ; les jours suivants, un merveilleux réseau d'un rouge vif se développa sur son extrémité tronquée : peu à peu apparurent des bourgeons charnus qui recouvrirent l'os de toutes parts ; je songeai alors à le mettre dans une position plus favorable et à le faire rentrer dans l'espèce de gouttière qui était restée à sa place au milieu des chairs ; et la végétation des bourgeons charnus se faisant rapidement, il ne tarda pas à acquérir des rapports vitaux avec les parties voisines. La surface de la plaie commença à se rétrécir, et en peu de temps elle se recouvrit d'une cicatrice parfaite. Les parties acquirent une dureté convenable ; et la malade a conservé son membre entier ; seulement elle a perdu les mouvements qui dépendent de l'articulation du coude, laquelle est restée naturellement détruite.

(In *Gazette Médicale* 1834).

Observation XXI

(Herrgott)

Luxation compliquée en arrière.

Pingaud, à l'article Coude, dictionnaire Dechambre, à propos de ces luxations, dit n'en avoir vu qu'un cas, chez un petit enfant, qu Herrgott dut amputer.

Observation XXII

(Evans)

Luxation compliquée en arrière.

Evans, cité par S. Cooper (*Dictionnaire de Chirurgie,* art. luxation) en aurait publié une observation : résection de l'extrémité herniée, guérison avec tous les mouvements conservés.

Observation XXIII

(Ward)

Luxation compliquée en arrière.

James B., 9 ans, un petit garçon au teint clair, aux cheveux noirs, aux longs cils, admis le 24 mars dans le service de M. Scott : ayant fait quelque temps auparavant une chute d'âne, l'animal est tombé sur lui, le bras de l'enfant était ployé sous son propre corps. L'extrémité articulaire inférieure de l'humérus gauche, avec une partie de la diaphyse, sur une longueur d'un pouce environ, passait par une blessure transversale à la partie inférieure et antérieure du bras. Le condyle externe de l'humérus fut cassé en un ou deux morceaux. La lèvre inférieure de la blessure s'étendait au-dessous de l'os, qui faisait saillie et dont la surface antérieure était traversée par le nerf médian très tendu, mais sans aucune lacération apparente. La main était froide et on ne sentait aucune pulsation dans les artères cubitale et radiale. Peu ou pas d'hémorragie, mais une effusion considérable de sang au dessus de l'os

en saillie ; le radius et le cubitus refoulés, mais non brisés : la sensibilité supprimée dans le médius.

L'avant-bras ayant été tiré en arrière et le nerf médian ayant été glissé au-dessus du côté interne de l'humérus luxé, l'extrémité articulaire ainsi que l'apophyse sur une longueur d'un pouce environ, fut réséquée à l'aide de la scie.

Plusieurs parties détachées de l'os ayant été également enlevées, l'avant-bras fut rapproché du bras à angle droit, la blessure pansée à la charpie et l'extrémité placée dans une éclisse angulaire. Une heure après l'opération, le pouls était à 90 et régulier, la main encore froide. Le malade s'endormit à huit heures du soir d'un sommeil paisible qui dura toute la nuit, sans l'aide de l'opium. Le lendemain matin, l'avant-bras était assez chaud et le blessé ne ressentait aucune douleur au coude. La douleur cependant apparut assez vive vers une heure de l'après-midi : la peau tendue et brûlante, l'excitation générale faible, le pouls un peu plus rapide avait perdu son irrégularité. Le bandage fut fendu et des lotions froides appliquées constamment.

26 mars. — Pouls 120 et bref, langue blanche, constipation. Calomel et rhubarbe (50 centigr.). Le lendemain matin, le pouls était tombé, la fièvre avait diminué : la douleur au bras avait légèrement augmenté : 6 sangsues au coude.

30 mars. — L'irritation générale a augmenté : pouls 95, petit et faible. La nuit avait été agitée ; léger écoulement purulent de la blessure. Prescriptions : consommé, décoction de quinquina (une once trois fois par jour).

31 mars. — Physionomie anxieuse : le blessé a cependant passé une meilleure nuit. Cris de douleur par intervalles, pouls 108. Le 2 avril, la pulsation de l'artère radiale était à peine sensible et devint distincte le 4. A partir de ce moment, le malade continua de mieux aller jusqu'au 24. Ce jour-là une attaque d'inflammation aiguë survint au coude, qui produisit

la formation d'un abcès. L'abcès une fois ouvert, l'amélioration fut rapide. La blessure par laquelle l'os faisait saillie, était guérie au commencement de mai, tout gonflement avait disparu et l'engourdissement de la main qui affectait surtout le médius avait cessé. L'avant-bras restait à mi-chemin entre les deux mouvements de pronation et de supination, et il existait un léger pouvoir de flexion et d'extension à l'articulation du coude. Ceci cependant à la condition que l'avant-bras fût soutenu par la main opposée. Le malade put se lever le 10 mai.

Mais sa faiblesse était telle qu'il marchait en chancelant, ses traits étaient hâves et pâles. Il reprit peu à peu de la force et le 4 juillet, il fut envoyé à la campagne pour changer d'air : le coude restant dans le même état, à cela près qu'il pouvait étendre et fléchir l'avant-bras sans l'aide de l'autre bras.

Il remuait librement ses doigts, mais ne pouvait faire avec la main le mouvement de pronation et de supination.

Remarque. — Si l'on considère dans l'exemple ci-dessus combien la blessure était compliquée, il est surprenant que le cas ait eu une terminaison favorable, sans qu'il ait été nécessaire d'amputer le membre. La grande tension du nerf médian, la lésion des principaux vaisseaux de l'avant-bras, le déchirement des parties molles et la fracture d'une partie de l'os qui faisait saillie, semblait indiquer une amputation immédiate. Les opinions quant au traitement adopté étaient divisées, les diverses lésions paraissant devoir contre-balancer l'influence reconstituante de la jeunesse, que l'on remarque fréquemment dans nombre de cas semblables.

On peut demander : pourquoi enlever l'extrémité inférieure de l'os au lieu de la réduire ? Il était presque dénudé, la partie inférieure brisée près du condyle extérieur et le périoste lésé. La résection de l'os a très probablement empêché la nécrose :

une inflammation générale considérable fut donc évitée, et la guérison plus rapidement effectuée que si on eut procédé autrement. (*The Lancet,* 1845, t. II.)

Observation XXIV

(Philson)

Luxation compliquée en arrière.

Ayant lu dans le compte-rendu des hôpitaux du dernier numéro de *The Lancet*, un rapport d'un cas de luxation compliquée de l'humérus à sa partie inférieure, dans lequel la partie faisant saillie fut réséquée, je vous envoie les détails d'un autre cas, qui est arrivé dans ma pratique personnelle, précisément le même, en ce qui concerne la blessure, mais en différant par le traitement adopté. Le résultat de ce cas prouve suffisamment (si des preuves étaient nécessaires), que quoique une blessure très grave puisse être faite à cette articulation, vraiment si grave jusqu'à ne laisser qu'un faible espoir de lui rendre ses fonctions, cependant par un bon maniement et en remettant les os dans leur position naturelle, une guérison dans la plupart des cas peut être obtenue. Il n'est pas dans mon intention de trouver à redire au traitement poursuivi par M. Ward, dans le cas ci-dessus, mais simplement de montrer que la pratique de séparer l'extrémité de l'os, ne doit pas être adoptée en général en pareil cas, à moins que la blessure faite aux parties soit d'une nature si compliquée, qu'il faille écarter la possibilité d'une guérison par réduction. Je puis ici mentionner le cas de William Dowson, donné par Sir Astley Cooper dans son grand ouvrage sur les *Luxations,* dans lequel la réduction fut effectuée, et un degré considérable de mouvement fut acquis par la suite. Au cas d'un grand mal fait aux nerfs et aux vaisseaux du coude, naturellement la ques-

tion de l'amputation s'élèverait, mais dans aucun de ces cas ils ne semblent avoir souffert matériellement. Il y avait une tension, mais non une déchirure du nerf médian dans le cas de M. Ward, et l'artère n'était pas blessée, car le pouls revint quand la pression causée par le déplacement des parties fut enlevée. Je joins le cas de Thomas B..., un garçon de 14 ans, au teint clair, au tempérament strumeux. Le 11 septembre 1843, pendant qu'il grimpait dans une grange, il tomba des poutres à peu près à 12 pieds du sol : son bras gauche étant étendu pour se soulever, le radius et le cubitus furent luxés en arrière, pendant que l'extrémité articulaire fut amenée à travers la peau et les muscles en avant de l'articulation du coude, où on la trouva sortant d'une longueur d'un pouce et demi.

La capsule et les ligaments latéraux étaient déchirés, l'apophyse coronoïde du cubitus et le condyle externe de l'humérus fracturés. L'extrémité articulaire de l'humérus, ainsi qu'une partie de la diaphyse de l'os étaient complètement dénudés. Aucun des vaisseaux ou des nerfs n'étaient visibles, de même il n'y avait pas d'hémorragie, sauf un léger suintement de la blessure. Après avoir examiné les parties, mon associé et moi-même, nous avons tenté d'essayer la réduction, qui fut effectuée sans trop de difficultés, en pliant l'avant-bras sur le bras, pendant qu'en même temps on gardait une ferme extension du poignet. La blessure fut alors couverte de taffetas d'Angleterre, le bras placé sur un oreiller dans la position fléchie, et le coude mouillé d'une lotion évaporante. Pendant une semaine ou dix jours après l'accident, il y eut une inflammation locale et des phénomènes généraux considérables, qui furent combattus par l'application de sangsues, de fomentations, de lotions, pendant que du calomel était administré à l'intérieur. Une collection de matières se forma aussi dans l'articulation et se déchargea à travers la blessure qui, par la suite, se guérit favorablement. Au bout d'un mois, on commença un mou-

vement passif et on frotta avec de l'onguent composé à l'iode, soir et matin, car l'articulation était élargie et très raide. Le traitement fut occasionnellement interrompu par des attaques d'inflammation.

Une nourriture généreuse avec du vin fut autorisée et de la quinine avec un acide délayé furent prescrits au cours de la guérison.

Au bout de deux mois, on arrêta tout traitement, sauf le frottement à sec avec la main, et l'enfant put se servir un peu de son bras, quoi qu'il y eût encore une raideur considérable dans l'articulation. La dernière fois que je l'ai revu il était à cheval et disait qu'il pouvait se servir de sa main pour manger et s'habiller, ainsi qu'exécuter la plupart des actes ordinaires de la vie. (*The Lancet*, 1845.)

Observation XXV

(Kœhler)

Luxation compliquée en arrière.

Un garçon de 12 ans tomba, au milieu du mois de mai, en sautant par-dessus la barre fixe, sur la main droite en extension. L'extrémité inférieure de l'humérus avait traversé les parties molles du coude jusqu'au nerf médian, qui, comme une corde bien tendue, passait sur l'os mis à nu.

La première désinfection, la réduction et le premier pansement furent faits sur le lieu même de l'accident (à Steglitz). La guérison suivit sans incident et les mouvements furent conservés.

Observation XXVI

(Servières. — Inédite)

Luxation compliquée en arrière.

En septembre 1904, le jeune R..., 8 ans, à Salles-d'Aude, s'est luxé le coude en tombant : l'extrémité inférieure de l'humérus sortit par la plaie, sur une longueur de deux à trois centimètres. Le docteur appelé fit la réduction ; l'enfant a conservé tous les mouvements du coude.

Dans ces dix cas de luxation compliquée en arrière que nous venons de rapporter, l'artère humérale et le nerf médian ont toujours été épargnés.

Pingaud dit que, dans le cas de Frera (Obs. XX), il y a eu rupture de l'humérale. C'est une erreur. Il y est écrit : « Il y avait lacération des parties molles et hémorragie », et plus loin : « dans l'après-midi (le lendemain de la réduction), le membre était livide, gonflé, sans chaleur, froid comme marbre ». Voilà ce qui a pu donner à croire à Pingaud que l'humérale était rompue mais dès que Frera reproduisit la luxation, « voyant que les os exerçaient une pression qui interceptait la circulation », le membre se « détuméfia ».

Pingaud, auquel nous faisons, comme d'ailleurs tous ceux qui ont écrit sur le coude, de larges emprunts, va nous donner l'explication de cette rareté des lésions vasculo-nerveuses dans ces luxations compliquées en arrière.

« Il suffit d'avoir fait quelques expériences sur le cadavre pour trouver la chose toute naturelle. Au fur et à mesure que l'on force l'extension et que par suite l'avant-bras s'incline en dehors dès que le ligament interne est rompu, on voit le

paquet vasculo-nerveux qui recouvre la trochlée glisser progressivement vers le côté externe du membre en compagnie des tendons du biceps et du brachial antérieur, jusqu'à recouvrir et même déborder le condyle. Grâce à cette émigration progressive des vaisseaux et des nerfs vers le côté externe du membre en même temps que les os se déplacent, ils échappent non seulement à toute déchirure, mais souvent à tout tiraillement. »

Mais les choses ne se passent pas toujours d'une façon aussi heureuse ; l'humérale peut aussi être lésée, et le premier degré de cette lésion sera, comme dans notre Observation I, la contusion, qui, en traumatisant l'endartère, provoque la formation d'un caillot oblitérant ; on se souvient que chez notre petit blessé les battements de la radiale et de la cubitale n'étaient pas perçus. Mais la formation lente du caillot donna le temps à la circulation collatérale de s'établir sans que le membre n'ait eu à souffrir dans sa vitalité, puisqu'à aucun moment la main n'a été cyanosée ni refroidie.

A un degré plus élevé, la contusion de l'artère entraînera, si le processus réparatif est entravé, une hémorragie secondaire. C'est ce qui a eu lieu dans l'observation de Morestin.

Observation XXVII

Luxation du coude, compliquée de plaie.

Réduction deux jours après l'accident. — Arthrite suppurée. — Arthrotomie. — Hémorragie secondaire abondante par ulcération de l'humérale.— Ligature de cette artère.— Résection du coude.— Guérison, par H. Morestin.

Emile G..., 49 ans, journalier, est entré le 7 août 1899 à l'hôpital Saint-Louis, isolément n° 12. Deux jours auparavant, le 5 août, cet homme était tombé d'une échelle sur la main gauche. Il éprouva une violente douleur dans la région du coude, qui se tuméfia rapidement, tandis qu'une plaie qui s'était pro-

duite à la partie antérieure saignait abondamment ; le blessé put constater tout de suite qu'il lui était impossible d'exécuter aucun des mouvements de cette jointure. Du 5 au 7, G... ne reçut d'autres soins que ceux des bonnes gens du voisinage, et des linges douteux appliqués sur sa plaie, constituèrent l'unique pansement. Le 7 il se décide à abandonner son village, voisin de Melun, pour venir à Paris, où, s'étant présenté à Saint-Louis, il fut reçu d'urgence.

Le coude gauche était prodigieusement tuméfié, ainsi que le bras et l'avant-bras dans les parties correspondantes. De larges ecchymoses couvraient toutes ces régions. Une plaie de deux centimètres, à bords amincis et assez irréguliers, occupait la partie antérieure et interne du pli du coude, légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors.

Malgré le gonflement, il fut facile de reconnaître une luxation du coude en arrière, les deux os de l'avant-bras ayant subi un déplacement direct. La plaie avait été produite par l'extrémité humérale qui, après avoir dilacéré les muscles, avait soulevé et rompu les téguments.

Cette luxation fut immédiatement réduite par l'interne de service qui, en outre, agrandit la plaie et la nettoya de son mieux.

Cette tentative devait être faite. Elle resta infructueuse et l'on n'en sera pas surpris en songeant que cette luxation avait été abandonnée pendant deux jours, dans les conditions les plus propres à favoriser l'infection.

Dès le lendemain, il y avait une ascension vespérale qui augmentait les jours suivants, au point d'atteindre 39°, tandis que le matin la température descendait jusqu'à la normale. Le sommeil agité et mauvais, les yeux cernés, le facies pâle, indiquaient l'infection. Mais le blessé, véritable colosse, luttait contre elle, conservant de l'appétit, et sa langue ayant toujours un aspect favorable.

Le 11 août, le malade ayant passé une mauvaise nuit et se plaignant de douleurs dans l'avant-bras, je fis défaire devant moi le pansement, je constatai que le membre était très tuméfié, depuis le milieu de l'insertion deltoïdienne jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras. Il ne présentait aucune rougeur, les téguments étant seulement marbrés de toutes les teintes ecchymotiques.

Le maximum de l'œdème était au niveau de l'interligne. C'était aussi le siège presque exclusif des douleurs à la pression, principalement en dedans et en dehors de l'olécrâne, le reste du membre étant à peu près indolent à l'exploration. Les mouvements, même simplement ébauchés, d'extension et de flexion, étaient l'occasion de vives souffrances. Par la plaie s'écoulait en faible quantité un liquide ichoreux, sanguinolent et très fétide. Je n'eus dès lors point de doute sur l'existence d'une arthrite suppurée, ou plutôt (songeant que l'articulation n'était plus à l'état de cavité isolée, tous ses ligaments et sa synoviale ayant été complètement déchirés lors du traumatisme) d'une inflammation du foyer de la luxation, de tous les tissus plus ou moins contusionnés et déchirés qui environnaient les extrémités osseuses. J'agrandis immédiatement la plaie antérieure, la prolongeant en haut et en bas. Le doigt introduit dans cette plaie pénètre en dehors et en arrière des parties molles en bouillie et arrive au contact de l'extrémité humérale. Du pus s'écoule alors en abondance, et ce pus est très fétide.

L'exploration à l'aide de l'index, permet encore de reconnaître que l'humérus est isolé dans une sorte de cavité dont les tissus péri-articulaires forment les parois et que remplit le pus.

Une autre incision fut en outre pratiquée à la partie postérieure, en dehors de l'olécrâne, parallèlement au cubitus, ayant à peu près 10 centimètres de long, et répondant par sa partie

moyenne à la base de l'olécrâne. Un drain fut passé de l'une à l'autre plaie, en contournant les parties antérieure et externe de l'articulation, un autre fut glissé entre l'humérus et le triceps. Quelques lavages au sublimé et à l'eau phéniquée furent le complément de cette intervention pratiquée extemporanément, sans anesthésie, comme opération d'attente, répondant à l'urgente indication du moment. La résection du coude me paraissait dès lors indispensable, mais elle me semblait pouvoir être retardée de quelques jours, quand la suppuration aurait diminué par les drainages que nous venions d'établir. Mais cette résection, nous étions bien décidés à la faire sans retard, dès le lendemain, si les accidents septicémiques se maintenaient.

Or, dès le lendemain la température ne quittait pas la normale ; les souffrances diminuaient, l'état général était meilleur. Au troisième jour le malade était hors de danger. Très rapidement le gonflement avait diminué ; la suppuration persistait en faible quantité, pus épais, gluant, visqueux, indiquant son origine articulaire. L'état général était devenu excellent. Vers le commencement de septembre, nous pensons à débarrasser le malade de cette suppuration par la résection du coude, qui seule permet un drainage complet de cette jointure.

Le 3 septembre, il eut une petite hémorragie par la plaie antérieure, incomplètement fermée ; une autre le 4, et enfin une troisième le 5, celle-ci beaucoup plus forte. Un des internes agrandit la plaie, put pincer et lier l'artère qui saignait et qui n'était autre que l'humérale.

Le 8, je pratiquai la résection du coude en réincisant sur la cicatrice de l'incision postéro-externe que j'avais faite précédemment et qui avait beaucoup diminué.

Je crus devoir utiliser cette voie déjà tracée, pour mieux ménager les artères anastomotiques, rendues précieuses ici

par la ligature récente de l'humérale, pour éviter d'entamer encore les fibres musculaires, et enfin pour profiter de l'orifice qui, conduisant directement sur l'humérus, simplifiait nos manœuvres. L'opération se fit sans aucune perte de sang, presque à blanc.

L'humérus fut réséqué sur une hauteur de 7 centimètres. Il y avait du pus autour de la tête radiale. Elle fut supprimée aussi, de même que l'extrémité supérieure du cubitus, altérée par la suppuration. Le condyle huméral était divisé par un trait de fracture vertical et rendait mobile et presque complètement libre sa moitié postérieure.

Je ne fis aucune réunion et me contentai de bourrer mollement la plaie d'une mèche de gaze iodoformée. Les suites furent très heureuses. Le pouls radial avait reparu dès le 4e ou 5e jour et reprit peu à peu, sinon son amplitude première, du moins une certaine force. La plaie du coude se combla rapidement, si bien qu'elle était complètement cicatrisée, quand le malade nous quitta le 8 octobre. Depuis, nous l'avons revu à diverses reprises et nous pouvons constater le retour graduel des mouvements. Sans doute, au point de vue fonctionnel, le résultat ne sera pas idéal, mais enfin, dans les conditions défavorables où l'opération a été pratiquée, c'est déjà quelque chose de conserver non seulement son membre, mais encore une jointure mobile et indolente. L'exercice et les soins ultérieurs la rendront utile, sans que l'opéré ait besoin d'aucun appareil consécutif. Même les mouvements de pronation et de supination seront sauvegardés.

Ce qui laissera à désirer, c'est la puissance et la solidité du coude, ce qui tient à la dilacération des muscles fléchisseurs, et en particulier à la destruction presque complète du brachial antérieur, à l'étendue de la résection et à l'âge du sujet, mais surtout aux accidents infectieux qui ont profondément modifié tous les tissus du voisinage, détruit le tissu celluleux,

le périoste, mortifié ou sclérosé les muscles, anéanti ou transformé défavorablement tout ce qui dans le voisinage aurait pu servir à reconstituer la nouvelle jointure. On ne peut donc espérer raisonnablement un résultat aussi parfait que ceux auxquels nous sommes habitués dans les cas normaux.

(*Bulletin Société Anatomique*.)

Enfin, la lésion la plus grave qui puisse survenir à l'artère humérale est sa rupture. Parmi les quatre observations de luxation compliquée s'accompagnant de rupture humérale que nous rapportons, deux manquent de détails.

Observation XXVIII

Luxation compliquée en arrière.

Malgaigne dit que Monteggia perdit un de ses malades par gangrène du membre, mais l'autopsie montra que l'artère était rompue.

Observation XXIX

Luxation compliquée en arrière.

Samuel Cooper croit se rappeler qu'Abernethy professait dans ses cours avoir vu un cas de luxation du coude avec saillie de l'os à l'extérieur et rupture de l'artère humérale, suivie de réduction et de guérison. (*In* Thèse Denucé.)

Observation XXX

Luxation compliquée en arrière.

J'ai été appelé auprès d'une dame qui, en tombant de cheval, se fit une luxation du coude avec issue de l'extrémité inférieure de l'humérus à travers la peau. Une hémorragie excessive avait eu lieu. La réduction fut opérée. Un aide intelligent fut placé auprès de la malade pour remédier à l'hémorragie par la compression, en attendant que la ligature de l'artère humérale put être pratiquée. Ici cette artère avait été nécessairement comprise dans la solution de continuité, car le pouls ne battait plus à l'artère radiale : l'hémorragie ne se reproduisit pas, grâce peut-être à l'état syncopal qui se prolongea pendant plusieurs heures et la malade guérit sans accident, avec une paralysie des muscles fléchisseurs des doigts et une insensibilité dans toute la région de la peau de l'avant-bras et de la main fournie par le nerf médian, qui n'avait pu échapper à la déchirure.

(Cruveilher, *Anatomie pathologique générale,* tome I.)

Observation XXXI

Luxation compliquée en arrière.

Les lésions vasculaires sont regardées comme rares. J'en ai observé un cas cette année dans le service de M. le professeur Le Dentu : un nommé Faugeron, entré salle Malgaigne le 9 février 1900, avait eu le bras pris dans les rayons de la roue de sa voiture et portait une luxation compliquée, les vaisseaux

rompus. M. Le Dentu dut lier l'humérale, la radiale et la cubitale. Le malade guérit.

(P. Delbet, *Atlas-manuel des fractures et luxations d'Helferich.*)

On a pu voir, par la lecture de ces observations, trop souvent incomplètes malheureusement, trop souvent imprécises, que plus encore que l'artère humérale, le nerf médian reste indemne dans ces violents traumatismes des luxations compliquées indirectes, puisqu'il n'a été rompu qu'une fois.

Nous résumons dans un tableau ci-contre toutes les indications utiles que nous avons relevées dans l'examen des 21 observations de luxations compliquées indirectes que nous rapportons.

Nous y voyons que, sur 15 blessés dont l'âge et le sexe sont indiqués, 13 appartiennent au sexe masculin, et 9 sont des enfants de 6 à 14 ans. Pourquoi cette prédominance chez les enfants? Denucé dit que « leurs ligaments sont plus malléables, s'habituent aux efforts auxquels ils sont soumis et peuvent ainsi atteindre un certain degré de distension qui les prédispose aux luxations, et qu'enfin ils ont une résistance absolue moins considérable que dans un âge avancé, ils se déchirent sous l'influence d'une cause à laquelle ils auraient résisté plus tard. » Or, si l'on se reporte encore une fois à la définition que nous avons donnée de la luxation compliquée indirecte, où nous disions qu'elle n'était que l'exagération d'une luxation simple, on comprendra aisément sa fréquence dans le jeune âge.

VARIÉTÉ	NOMBRE	SEXE	AGE	CAUSE	LÉSIONS DES Vaisseaux	LÉSIONS DES Nerfs	TRAITEMENT	RÉSULTAT
en arrière et en dedans	2	masc.	13 ans 1/2	Chute de cheval	»	»	Réduction	Mouv. conservés
		masc.	?	Chute de cheval	»	»	Réduction	Mort
en dedans	1	masc.	14 ans	chute d'un 1er étage	»	»	Réduction	M. d. flex. as. étend.
cubitus en arrière et radius en dehors	1	masc.	13 ans	chute de voiture	»	»	Réduction	Guérison (?)
en arrière	17	masc.	14 ans	chute d'un grenier	»	»	Réduction	Mouvem. limités
		fem.	12 ans	chute d'un arbre	»	»	Réduction, accidents, reluxation, résection de la partie nécrosée abandonnée à l'extérieur.	Ankylose
		masc.	12 ans	chute au gymnase	»	méd. tendu	Réduction	Mouv. conservés
		masc.	8 ans	chute	»	»	Réduction	Mouv. conservés
		fem.	adulte	chute	»	»	Réduction	Extens. diminuée
		masc.	jeune	chute	»	»	Réduction	Guérison (?)
		?	?	?	»	»	Résection de l'olécrâne hernié.	Conserv. membre
		?	?	?	»	»	Résection	Mouv. conservés
		?	?	?	»	»	Résection	Mouv. conservés
		masc.	jeune	?	»	»	Amputation	?
		masc.	6 ans	chute d'un âne	Hum. contus.	»	Réduction	Ankylose
		masc.	9 ans	chute d'un âne	Hum. contus.	médian contus	Résection	m. cons. sauf pronation et supination
		masc.	49 ans	chute	rupture 2re de l'hum.	»	Résection tardive en pleine arthrite suppurée	peu de mouvts
		fem.	adulte	chute de cheval	rup. d. l'hum.	rupture du médian	Réduction	paralysie d. fléchisseurs, insensibilité de la main et l'avant-bras
		?	?	?	rup. d. l'hum.	»	Réduction	guérison
		masc.	adulte	bras pris dans les rayons d'une roue de voiture	rup. d. l'hum. à sa bifurc.	»	Réduction	guérison
		?	?	?	rup. d. l'hum.	»	Réduction	mort par gangrène
en avant	»							
en dehors	»							
isolée du cubitus	»							
isolée du radius	»							

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE. — DIAGNOSTIC

Après ce long chapitre d'anatomie pathologique, nous ne pouvons nous étendre, sous peine de redites inutiles, sur la symptomatologie des luxations compliquées du coude.

Le diagnostic, dans les luxations compliquées directes, se fait de la même façon que dans les luxations simples, il est rendu plus facile par la présence de la plaie articulaire qui permet souvent de s'assurer directement de la situation des parties luxées.

Dans les luxations compliquées indirectes, les symptômes sont le plus souvent tellement accentués (hernie de l'humérus), que le diagnostic s'impose.

———

CHAPITRE V

PRONOSTIC. — TRAITEMENT

L'histoire du pronostic et du traitement, dans les luxations compliquées du coude, est intéressante à suivre à travers les temps.

Hippocrate, déjà prévenu contre les luxations simples du coude (on a bien de peine à les rajuster, dit-il), considère les luxations compliquées comme extrêmement redoutables et rapidement mortelles.

« Il faut s'abstenir de travailler à faire la réduction. Laissez-
» la entreprendre à celui qui aura cette témérité. On doit sa-
» voir qu'après la réduction, le malade mourra ou ne vivra que
» peu de jours : peu passeront le septième, ils meurent avec
» des convulsions. L'on peut être assuré que les choses se
» passent comme je le dis.

» En sorte que, si ce n'était la crainte de passer pour igno-
» rant aux yeux du peuple, on ne devrait guère entreprendre
» la réduction de la luxation ; tant il est dangereux de la
» faire, toutes les fois qu'il y a saillie des extrémités des os
» luxés, surtout avec plaie ; comme je l'ai souvent dit.

» Enfin, pour me résumer, dans toutes luxations avec plaie
» et saillie d'os, la réduction donne la mort. Si vous ne ré-
» duisez point, il y a quelque espoir de guérison ; mais le
» membre sera estropié. Les réductions sont plus mortelles
» dans les articulations supérieures que dans les inférieures.

» Le danger est grand aux premières, quoique même on n'en
» tente pas la réduction. Quand la luxation est aux articula-
» tions supérieures, avec plaie et saillie d'os, il y aura mort
» plus certainement si on réduit : grand danger si on ne ré-
» duit pas. Quel doit donc être le traitement ? Je l'ai déjà
» dit. »

Ce précepte d'Hippocrate a pesé de toute l'autorité du père de la médecine sur le traitement des luxations compliquées du coude. Nous pensons avec Poinsot, et après une lecture approfondie des œuvres d'Hippocrate, que jamais, comme on a voulu le lui faire dire, il n'a conseillé la résection de l'os hernié : les passages si précis et si affirmatifs que nous venons de rapporter suffiraient d'ailleurs seuls à convaincre.

Dans les luxations compliquées des doigts cependant, Hippocrate conseille la réduction, mais avec toutes sortes de réserves et en recommandant expressément de la défaire aussitôt s'il survenait des complications.

Les auteurs vont étendre ce mode de traitement à toutes les luxations. « Mais ce qu'Hippocrate autorise pour les seules luxations des doigts, dit Paul d'Egine, nous l'essayerions volontiers pour toutes les autres articulations. »

Les chirurgiens de la Renaissance temporisent tous. Avec Johannès de Gorter (1742), la question de l'amputation se trouve posée : « Mais si la luxation d'une grande articulation a été assez prononcée pour que, les ligaments étant rompus, l'extrémité articulaire d'un des os soit sortie à travers les téguments, cette portion d'os privée de ses vaisseaux doit mourir, et plus rapidement si on réduit que si on ne réduit pas : aussi l'amputation seule permet-elle ici de conserver la vie. » Heister (1770) est du même avis : « En effet, quoique la réduction ait été bien faite, il survient ensuite des convulsions, des inflammations excessivement violentes, et finalement la gangrène, qui font périr le malade ; dans des conditions aussi déses-

pérées, on n'a d'autre parti à prendre, pour lui conserver la vie, que l'amputation. »

J.-L. Petit (1772) préconise la réduction immédiate, tout en reconnaissant qu'elle expose à la gangrène et oblige à l'amputation : « Quand la tête de l'os est sortie avec tant de violence qu'elle a rompu les ligaments, les tendons et la peau même, on la remet dans sa cavité le plus promptement possible, et on panse la playe comme l'art l'ordonne : mais le plus souvent la gangrène survient et l'on est obligé de faire l'amputation. »

M. A. Petit (1799) : « Dans les cas où l'os luxé avait en sortant rompu toutes ses capsules et percé les chairs, j'ai perdu tous les malades chez qui j'ai voulu réduire le membre ; tandis que ceux chez qui cette réduction fut impossible ont guéri avec le temps, mais en conservant un membre très difforme. »

En Angleterre cependant, dès 1759, Wainmann, se basant sur le résultat heureux de Cooper qui avait, dans une luxation compliquée du poignet, réséqué l'extrémité inférieure du radius, et s'appuyant sur l'autorité de Celse, réséqua, dans un cas de luxation compliquée en arrière, l'extrémité inférieure de l'humérus, et le blessé conserva tous ses mouvements. Evans a le même heureux résultat. B. Bell fait dans les mêmes conditions une résection de l'olécrâne et Parks, dans son « Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement des affections du genou et du coude », préconise hautement la résection, surtout dans les affections produites par une violence extérieure.

Mais, tant en France qu'en Angleterre l'autorité d'Hippocrate continue, malgré ces cas heureux, à se faire sentir lourdement. La non-réduction et l'amputation restent les procédés de choix, la réduction est une audace.

Malgaigne (1855) vint qui conclut à la réduction qui doit être tentée avant tout, dit-il, à moins d'inflammation ou de spasme dans la plaie extérieure affrontée. Même dans les cas

de rupture de l'humérale et du nerf médian, s'appuyant sur les observations de Frera et Cruveillier que nous rapportons, il se déclare partisan de la conservation.

Pingaud (1878) adopte cette manière de voir : chez l'enfant, il se déclare conservateur à outrance ; « chez l'adulte, dit-il, nous essayerions encore de conserver le membre si l'artère seule était déchirée ; mais s'il nous était démontré que le nerf médian est également rompu, nous n'hésiterions pas un instant à recourir à l'amputation. »

Hamilton (1884) conclut, après une longue étude critique des méthodes de traitement des luxations exposées, des os longs, mais surtout du cou-de-pied, à la résection, et il ajoute : « Les faits et les arguments semblent nous autoriser à dire que la résection est applicable aux luxations exposées de la clavicule, de l'humérus, du radius, du cubitus, des doigts, du fémur, du tibia, du péroné et des orteils, en un mot à une certaine proportion de toutes les luxations des os longs des membres. »

Quelle est donc la pratique qui a prévalu : amputation, résection ou réduction pure et simple ? Les deux premiers moyens, dès l'avènement de l'ère antiseptique, lorsque l'on fut mieux armé contre les accidents redoutables de la septicémie et de la pyohémie, furent complètement abandonnés, et aujourd'hui le chirurgien ne peut hésiter qu'entre la résection de l'extrémité herniée et la réduction. Nous devons, dès maintenant, affirmer le principe de la réduction, après désinfection soigneuse de la plaie, dans les cas où celle-ci est petite et ne s'accompagne pas de saillie de l'os à travers les téguments.

Dans les cas où l'os fait issue au dehors, on voit, employée dans les observations récentes que nous publions, la seule réduction avec des résultats satisfaisants. Morestin, qui avait été obligé de faire la résection, dit qu'on ne saurait l'admettre comme règle générale, et que si la réduction peut être opérée

sans effort, il y a lieu de la tenter, de désinfecter la plaie, de suturer et d'attendre. Nous ne croyons pas que la difficulté de la réduction constitue la principale indication de la résection, vers laquelle, disons-le tout de suite, vont nos préférences ; si la plaie, trop étroite, gêne la réintégration de l'extrémité herniée, rien n'est plus facile que de l'agrandir, ainsi qu'il a été fait chez notre petit blessé ; débridements larges sont aujourd'hui pratique courante et recommandable. Mais si l'on réfléchit combien l'articulation anfractueuse du coude est difficile à désinfecter et se prête mal au drainage, que le plus souvent les blessés arrivent au chirurgien tardivement, après avoir subi des pansements suspects, si l'on se souvient que toute suppuration articulaire entraîne forcément après elle une limitation dans les mouvements de cet article, on ne sera pas étonné de notre préférence. Les résultats heureux qu'a donnés la résection sont encore trop peu nombreux pour pouvoir permettre d'affirmer l'excellence de la méthode. Nous basant d'une part sur notre observation (Obs. I), où les mouvements furent perdus après un traitement bien dirigé et malgré un massage précoce, d'autre part sur la bénignité, l'innocuité et les excellents résultats que donne la résection du coude chez l'enfant, nous n'hésitons pas à la préconiser comme moyen de choix dans le traitement des luxations compliquées du coude, s'accompagnant de l'issue d'une extrémité articulaire.

CONCLUSIONS

I. — Les luxations du coude sont quelquefois compliquées de lésions des téguments permettant l'issue d'une extrémité osseuse articulaire.

II. — Elles sont rares et se rencontrent principalement chez les enfants.

III. — Elles sont le fait d'un violent traumatisme et peuvent s'accompagner de désordres graves des parties molles, des vaisseaux et des nerfs.

IV. — Leur pronostic, grave autrefois, tant au point de vue de la léthalité que de la conservation des mouvements, est, de nos jours, favorable.

V. — Au traitement habituel par la réduction pure et simple, nous préférons la résection de l'os hernié.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 16 février 1906.
Pour le Recteur,
le Vice-Président du Conseil de l'Université :
MASSOL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 16 février 1906
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Bouley. — Bulletin Société anat. de Paris, 1837, t. XII.
Celse. — Ouvrages sur la médecine.
Cruveilher. — Atlas d'anat. pathologique, liv IX.
Denucé. — Thèse Paris, 1854.
Dictionnaire Dechambre.
Dictionnaire Jaccoud.
A. Frera. — Gazette médicale, 1834.
Gripat. — Bulletin Société anat. de Paris, 1872.
Guerre. — Recueil de mémoires de méd. et chirurg. militaires, 1855, t. XV.
Hamilton. — Traité des Fractures et des Luxations.
Helferich. — Atlas-manuel des Fractures et Luxations.
Heister. — Institutes de chirurgie.
Hippocrate. — Traduction des Œuvres médicales (Toulouse, 1801).
Kœhler. — Berliner Klinische Wochenschrifte, 1888.
Laugier. — Archives génér. de Médecine, 1846, t. XI.
Malgaigne. — Fractures et Luxations, t. II.
Paul d'Egine. — Opera, lib. VII.
J.-L. Petit. — Traité des Maladies des os (Paris, 1772).
M.-A. Petit. — Essai sur la Médecine du cœur.
Philson. — The Lancet, 1845.
J. Prior. — Archives génér. de Médecine, 1847, t. XV.
Reclus. — Traité de Pathologie externe (4 agrégés).
Scultet. — Armamentum chirurgicum
Sprengel. — Centralblatt für Chirurgie, 1880.
Ward. — The Lancet, 1845.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !